

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS UNAN- MANAGUA.



**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y
CIRUJANO**

TEMA:

**“Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto
Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional
mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones
ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el
Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del
año 2016”.**

AUTORES:

Br. Kenneth Magdiell Vallecillo Rosales.

Bra. Gasaly Noeli Ramos Rugama.

TUTOR:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez.

Febrero 2017

Índice

CAPITULO I. GENERALIDADES

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
1.1 Introduccion.....	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Justificación.....	6
1.4 Planteamiento del problema.....	7
1.5 Objetivos	8
1.5.1 Objetivo general	8
1.5.2 Objetivos específico	8
1.6 Marco teórico	9
1.6.1 Epidemiología	9
1.6.2 Etiología	10
1.6.3 Factores de riesgo	11
1.6.4 Características clínicas	11
1.6.5 Exámenes complementarios.....	12
1.6.6 Manejo	13
1.6.6.1 Manejo ambulatorio	13
1.6.6.2 Manejo hospitalario.....	14
1.6.7 Atención del parto pretérmino	17
1.6.8 Atención al recién nacido pretérmino	17

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Tipo de estudio.....	19
2.2 Área de estudio	19

2.3 Universo	20
2.4 Muestra	20
2.5 Tipo de muestreo	20
2.6 Criterios de inclusión	20
2.7 Técnicas de procedimiento	20
2.8 Plan de tabulación y análisis	21
2.9 Enunciado de variables	22
2.10 Operacionalización de las variables	24
2.11 Aspectos éticos	27
CAPITULO III. DESARROLLO	
3.1 Resultados	28
3.2 Discusión	31
3.3 Conclusiones	35
3.4 Recomendaciones	36
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA	37
CAPITULO V. ANEXOS	40
4.1 Cuadros	41
4.2 Gráficos	48
4.3 Instrumento de recoleccion de la informacion	55

DEDICATORIA

A mí Madre María Auxiliadora Rosales por ser el pilar fundamenta en mi vida, por su dedicación, su constante enseñanza, motivación, apoyo y amor incondicional lo que me ha permitido alcanzar todas mis metas, gracias por estar siempre conmigo, gracias por ser mi ejemplo a seguir.

A mis familiares y amigos algunos presentes otros ausentes, pero de una u otra manera haciéndose notar, porque hicieron de mí una persona de bien conduciéndome correctamente y brindándome consejos oportunos; en especial a mi gran y mejor amigo Ricardo José Arguello Portobanco por tu apoyo incondicional. ¡Gracias a ustedes!

A mis Maestros en especial al Dr. José de los Ángeles Méndez por impulsar mi desarrollo profesional y permitirme culminar esta etapa de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Al creador de todas las cosas, Dios por derramar sobre mí, sabiduría, infinitas bendiciones, perseverancia y paciencia para no rendirme en los momentos más difíciles de la carrera, por guiar mi vida por el sendero de la verdad a fin de poder honrar a mi familia con los conocimientos adquiridos.

A mi madre por haberme brindado todo su apoyo incondicional, por inculcarme valores, por haberme brindado una excelente educación durante el transcurso de mi vida.

A nuestro Director de Tesis Dr. José de los Ángeles Méndez por su entrega profesional, su apoyo incondicional brindándonos sus conocimientos, experiencia y responsabilidad permitiéndonos llevar a cabo la elaboración de esta investigación, por su cariño y su amistad, nuestro más sincero agradecimiento.

Al Hospital Bertha Calderón Roque mejor conocido como “La Santa Casa de la Ginecología”, a sus médicos de bases, sus residentes, personal de enfermería y personal de estadística por brindarme el apoyo y colaboración en la recolección de información vital para la realización y culminación de este estudio.

A la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua - Facultad De Ciencias Médicas por abrirnos las puertas de la enseñanza y encaminarnos con sabiduría hacia el futuro, culminando, en la cual concluimos esta etapa siendo médicos con ética y valores.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes atendidas en la sala del alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del año 2016

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 60 pacientes con embarazos mayores de 22 semanas menores de 37 semanas que fueron ingresadas al área de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Se utilizó la lista de chequeo de la normativa 044.

Resultados: Las mujeres en estudio, 24 de ellas eran menores de 19 años (48%). 35 mujeres no poseían antecedentes patológicos personales (70%). 26 mujeres que se había realizado más de 4 controles (52%). Con el estado del cuello uterino (borramiento menor del 50% con una dilatación menor de 3 cm y comprobando la integridad de las membranas) se constató en 36 de los expedientes (72%). relación a la indicación del uso de corticoides, 38 de los expedientes (76%) cumple con la aplicación.

Conclusiones: La amenaza de parto pretérmino sobresale en la población en edades menores de 19 años. Los criterios clínicos diagnósticos cumplidos fueron la edad gestacionales y la evaluación del bienestar fetal. No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento no farmacológico. No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento farmacológico.

Recomendaciones: A los directores de hospital, junto a los jefes de servicio que se ponga en práctica el mandato de la revisión de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, para identificar los puntos álgidos en los que no se está cumpliendo el protocolo de la amenaza de parto prematuro para hacerlos llegar al equipo médico y así poder mejorar la calidad de atención.

INTRODUCCION.

El embarazo constituye uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, la familia y la sociedad; sin embargo existen problemas tanto ginecológicos como obstétricos que impiden el desarrollo armonioso de la gestación. (G. Kayema, 2008). La amenaza de parto pre-término se considera no solo un problema obstétrico, sino también un problema de salud pública que incrementa el índice de mortalidad perinatal hasta en un 70%. (A. Ochoa, 2009)

La amenaza de parto pretérmino constituye uno de los principales factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer, el cual representa en América Latina una incidencia del 9% del total de los nacimientos institucionales (Sequeira Orlando, 1999).

El tiempo normal de la gestación es de 280 días, por lo que todo servicio obstétrico debe vigilar para que la condición anteriormente mencionada se cumpla. (Dras. Cristina Lateralra, 2003). Es importante identificar los principales factores que pueden desencadenar la expulsión temprana del feto, para logra la disminución de la morbi-mortalidad ocasionada por la prematuridad. (Ernesto Rosell Juarte, 2000).

Los recién nacidos con prematuridad generan un alto costo sanitario; como necesidad de tratamiento intensivo, largas estancia en UCI neonatales y la existencia de secuelas a largo plazo tanto motoras como sensoriales, las cuales requieren atención especial durante años. (Fernando Althabe, 1999)

En Nicaragua, según datos estadísticos del Ministerio de Salud, la Amenaza de parto pretérmino representa un 18% del total de las pacientes ingresadas en el Hospital Bertha Calderón Roque. (MINSA, 2011). El parto pretérmino es el responsable de aproximadamente el 12% de los nacimientos antes de las 37 semanas. (Faneite, y otros, 2006)

ANTECEDENTES

En el estudio realizado en Venezuela acerca del uso de fenoterol en las pacientes con amenaza de parto pretérmino se concluyó que las edades de las pacientes con la patología anteriormente mencionada, oscila entre los 15 y 41 años de edad; las patologías asociadas más frecuentes fueron las infecciones de vías urinarias en un 38.6%, placenta previa en 9.3%, anemia en 8%; los días de tratamiento oscilaron entre 3 a 110 días. El éxito que se obtuvo con el uso de fenoterol fue de 90.6%. (Uzcátegui, Figarella, Bentolila, Toro, & Fleitas, 1987)

En el estudio realizado en Chile acerca de la útero inhibición y el manejo del parto pretérmino, se reflejó que la terapia con hidratación y sedación fue suficiente para detener las contracciones uterinas en el 22% de los casos. La tocolisis farmacológica fue útil en 87% de las pacientes, tratadas con fenoterol. El 81.3% de las pacientes recibieron nifedipina y un 86.8% fueron tratadas con fenoterol mas indometacina. Las pacientes que fueron tratadas con fenoterol, la gestación se prolongó 25 días; mientras que las que fueron tratadas con nifedipina, 22.6 días y las que fueron tratadas con fenoterol mas indometacina, 28 días. (Oyarzún E, 2000)

De igual manera, el Dr. Pedro Faneite y otros colegas, realizaron en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, en el Estado Carabobo, Venezuela, un estudio de la incidencia de la infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino, en el cual se analizaron 497 pacientes con amenaza de parto pretérmino, de las cuales el 68.6% reportaron infección de vías urinarias, con lo que se concluyó una estrecha relación entre las infecciones de vías urinarias y la amenaza de parto pretérmino. (Pedro Faneite, 2007)

En un estudio de casos y controles realizado por la Universidad de Manizales, Colombia sobre los factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de Caldas, se estudiaron a 669 pacientes, con factores de riesgo con significancia estadística como la escolaridad, las infecciones de vías urinarias, la anemia y los números de controles prenatales. (MARÍA DEL PILAR ARANGO M.D., 2008)

Según el estudio realizado el año 2008 en Perú acerca de los factores de riesgo vinculados a los nacimientos prematuros, se encontraron más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescencia. (Oliveros, 2008)

En España, se estudió el tratamiento utilizado en la amenaza de parto pretérmino en 41 hospitales españoles, 37 públicos y 4 privados; donde se reveló que todos los hospitales realizaban tocólisis en la amenaza de parto pretérmino antes de las 34 semanas. El tocolítico más empleado es el atosiban (73,7%), seguido de los betamiméticos (21,9%) y la nifedipino (4,9%). En las amenaza de parto pretérmino de más de 24 semanas sólo el 7,3% de los hospitales realizaron tocólisis. El 100% de los hospitales administraba corticoides para acelerar la madurez pulmonar. El 92,7% utilizaba betametasona y el 7,3% restante, dexametasona. El 90% de los hospitales no realizó corticoterapia de repetición. En los embarazos múltiples todos emplearon la misma dosis que en las amenaza de parto pretérmino con feto único. (Zeus, 2008)

En nuestro país Nicaragua, se realizaron estudios sobre los distintos aspectos relacionados con la amenaza de parto pretérmino, como el comportamiento clínico del tratamiento de patología anteriormente mencionada; donde se estudiaron 49 pacientes, lográndose controlar la amenaza de parto pretérmino en un 63.2% y se determinó que existen diversidad de criterios con respecto a los esquemas. El 56.6% de las pacientes recibieron un tratamiento correcto de ataque, un 64.4% de las pacientes recibieron por más de 24 horas el tratamiento de ataque. El 23.3% de las pacientes en estudio evolucionaron a parto vaginal; las condiciones clínicas para el alta de estas pacientes fueron adecuadas en un 63.3% (J., 1988)

La Dra. Aldana Cedeño en el 1994, estudio los principales factores de riesgo y patologías asociadas a Morbi-mortalidad Materna en las embarazadas adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense encontrando que la edad más frecuente en la que se embarazaban las adolescentes es de 16-18 años, un 60%

habían cursado la primaria, 69% tenían relaciones de parejas inestables, 40% no se efectuaron control prenatal adecuado y las patologías más frecuentes fueron la anemia, síndrome Hipertensivo Gestacional e Infección de vías urinarias. (Cedeño, 1994)

En Ocotlán, Nueva Segovia se elaboró un estudio descriptivo sobre la aplicación de protocolo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Alfonso Moncada, se analizaron 86 pacientes de las cuales el 72% se les aplicó tratamiento completo en base al protocolo del ministerio de salud, obteniendo una eficacia de las medidas aplicadas del 59.3% (Herrera, 2005)

En el 2006, Rostrán y Trujillo realizaron un estudio sobre el manejo de la amenaza de parto pretérmino en un centro de salud con camas Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Chontales donde concluyeron que de acuerdo a los estándares de evaluación de calidad no se cumple el 80% en cada uno de los ítems que valora el diagnóstico y tratamiento de la APP. Los principales antecedentes fueron infección de vías urinarias, bajo nivel socioeconómico y diabetes. El uso de tocolíticos fue adecuado en un 40%, y el índice de éxito de las pacientes manejadas adecuadamente contra las manejadas inadecuadamente fue el doble. El manejo de la amenaza de parto prematuro y de la maduración pulmonar fue adecuado en un 60% y 41.8%, respectivamente. El uso de antibióticos fue adecuado en un 78.5%. (Rostrán JL, 2006)

En 2012, Córdoba y Chávez estudiaron el cumplimiento de protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes del Hospital Victoria Motta, donde el 62% de las pacientes con amenaza de parto pretérmino fueron mujeres entre 20 y 34 años de edad, rurales (64.8%), con baja escolaridad (58.1%), multigestas (66.6%), con 28-36 semanas de gestación (91.4%) y con 4 o más controles prenatales (61.9%). El 4.8% presentó ruptura prematura de membranas. El principal fármaco uteroinhibidor utilizado no está incluido dentro de la norma de atención de la amenaza de parto pretérmino y fue el Fenoterol (57.1%), seguido por ritodrine y nifedipina con 20.5% y 17.1% respectivamente. La maduración pulmonar fetal fue

adecuada en 78.8% de los casos. El estudio concluye que en un 89% de los casos no se siguieron las normas establecidas por el MINSA para el manejo de amenaza de parto pretérmino. (Cordoba & Chavez, 2012)

JUSTIFICACIÓN.

El parto pretérmino es un problema que contribuye significativamente a la morbilidad perinatal en los países en vías desarrollo, ya que aproximadamente uno de cada diez embarazos finaliza en nacimiento pretérmino y es una causa contribuyente de dos terceras partes de la mortalidad perinatal y la mitad de las secuelas neurológicas atribuidas a prematurez. (Quiroz GG, 2016)

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. En nuestro país, las familias más pobres corren con un mayor riesgo de presentar partos prematuros. (Garcia Calvo, 2015)

La Amenaza de Parto Pre término es el segundo motivo de consulta según referencias del Hospital Berta Calderón Roque, la cual si no se llegase a captar, tratar e intervenir de manera inmediata, aumentarían las cifras de nacimientos prematuros y se elevarían los costos tanto directos como indirectos; donde los costos directos son los generados por el uso de los recursos sanitarios como por ejemplo la estancia prolongada hospitalaria, mientras que los indirectos representarían el consumo indirecto de recursos necesarios para la atención de estos recién nacidos, como por ejemplo la pérdida o disminución la economía familiar que supone tener que dejar de trabajar para poder atender al hijo. (Cabezas Elisondo, 2002)

La importancia del presente estudio radica en la identificación del cumplimiento del protocolo de atención de la amenaza de parto pretérmino, ya que representa una guía que el personal de salud debe de poner en práctica para contribuir no únicamente a disminuir el índice de prematurez, sino también a preservar el bienestar del binomio madre-hijo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua la incidencia de la amenaza de parto pretérmino continua en ascenso es por ello que el Ministerio de Salud ha emitido un protocolo acerca del manejo de esta entidad, la cual se encuentra en el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, Normativa 077; pero no existe un riguroso control de calidad de aplicación del mismo.

En el hospital Bertha Calderón Roque, que se considera como el centro de mayor resolución en Gineco-obstetricia a nivel nacional, los datos epidemiológicos del primer semestre del año 2016 reportan que alrededor de 60 pacientes fueron ingresadas en el alto riesgo obstétrico por presentar signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino; es por eso que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo es el nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016?

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✦ Evaluar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes atendidas en la sala del alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón en el primer semestre del año 2016.

Objetivos Específico

- ✦ Describir las características socio-demográficas del grupo de madres en estudio.
- ✦ Describir las características gineco-obstetras del grupo de madres en estudio.
- ✦ Identificar los criterios clínicos diagnósticos para la amenaza de parto pretérmino en el grupo de madres en estudio.
- ✦ Mencionar el tratamiento no farmacológico orientado en la amenaza de parto pretérmino en el grupo de madres en estudio.
- ✦ Describir el tratamiento farmacológico indicado en la amenaza de parto pretérmino en el grupo de madres en estudio.
- ✦ Describir la evolución del embarazo del grupo de madres en estudio.

MARCO TEÓRICO

La **amenaza de parto pretérmino** es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos ó 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 semanas de gestación 2 a las 36 semanas de gestación.

El **trabajo de parto pretérmino** tiene dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino más modificaciones del cérvix, ésta última depende de la paridad de la mujer:

- ✓ Para nulíparas, con borramiento del 100% y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cms.
- ✓ Para multíparas, con borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractibilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mm Hg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks” de baja frecuencia e intensidad 10 a 15 mm Hg que se hace en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo hasta lograr preparar el útero, el segmento y el cuello, para el inicio del trabajo de parto. (MINSA, 2011)

Epidemiología

Los precursores obstétricos que conducen a partos prematuros son los siguientes: parto por indicaciones maternas o fetales, en que la labor se indujo o el niño nace por cesárea; trabajo de parto prematuro espontáneo con membranas intactas; y ruptura prematura de las membranas (RPM), independientemente de si el parto fue vaginal o por cesárea.

Acerca de 30-35% de los nacimientos prematuros están indicados, un 40-45% sigue a un trabajo de parto prematuro espontáneo y 25-30% sigue a una RPM. Los nacimientos que siguen al trabajo de parto prematuro espontáneo y RPM están juntos y son designados como nacimientos pretérmino espontáneos. (Ananth CV, 2006)

Los nacimientos prematuros se pueden dividir de acuerdo a la edad gestacional: alrededor del 5% de los partos prematuros ocurren antes de las 28 semanas (prematuridad extrema), alrededor del 15% a las 28-31 semanas (prematuridad grave), un 20% en 32-33 semanas (prematuridad moderada), y 60-70% a 34-36 semanas de gestación (casi a término). (Robert, 2014)

Etiología

Los partos pre-términos pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios:

- ❖ Parto pretérmino espontáneo con membranas integra (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas integra)
- ❖ Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas)
- ❖ Parto pretérmino por indicación obstétrica (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal: pre-eclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, RPM). (al, 2011)

El parto pretérmino aparece como una afección secundaria a una causa específica, entre las que podemos mencionar:

- Causas maternas: Infecciones cervicovaginales, Infecciones de Vías Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, ruptura prematura de membranas, enfermedad aguda o crónica, complicaciones obstétricas, sangrado ante parto, edad materna avanzada
- Causas Fetales: malformaciones fetales, embarazos múltiples, macrosomía, Polihidramnios y TORCH.
- Causas socio-ambientales: estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción
- Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos brúscos), Traumas indirectos: desaceleraciones.

Factores de riesgo

La población que presenta un mayor riesgo de parto pretérmino son:

- Embarazo actual: infecciones periodontales, infecciones genito-urinarias durante la gestación, gestación múltiple actual, metrorragia segunda mitad del embarazo, polihidramnios, bacteriuria asintomática, rotura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud del cérvix menor de 25mm. (ultrasonido transvaginal), desprendimiento pretérmino de placenta, índice de masa corporal menor de 20, permanencia de pie mayor de 2 horas
- Embarazo previo: parto pretérmino previo hasta 35 semanas de edad gestacional, antecedentes de Isquemia placentaria, antecedentes de rotura prematura de membranas, antecedentes de Incompetencia cervical. (Lattera C, 2003)

Características Clínicas

- ✚ Gestación entre 22 y 36 semanas a partir de la fecha de última menstruación confiable. Para confirmar el diagnóstico, se debe apoyar y/o correlacionarse los aspectos clínicos y de gabinete (Ultrasonografía).
- ✚ Si existe duda sobre la fecha de la última menstruación o ésta se desconoce, el peso y la madurez fetal son los signos de mayor importancia.
- ✚ La medida de la altura uterina y la biometría por ultrasonografía son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo pretérmino.
- ✚ Síntomas: sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.
- ✚ Signos: salida de flujo vaginal mucoso o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60

minutos o más, también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3cm.

✚ Presencia de contracciones uterinas regulares (dos ó más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.

✚ Modificaciones cervicales:

- Amenaza de parto pretérmino: borramiento del cérvix 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cm.
- Inicio del trabajo de parto
- En Nulíparas: Borramiento del 100% y Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40- 45 segundos de duración.
- En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

Trabajo de parto pretérmino: Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal. (MINSA, 2011)

Exámenes complementarios

Ultrasonido debe documentar el peso fetal, presentación, localización placentaria, perfil de crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico y otras condiciones fetales que pudieran ser causas o influir en el manejo de la amenaza de parto pretérmino.

Medición del cuello con ultrasonido:

- La medición de la longitud del cuello por ultrasonido vaginal identifica a las pacientes con disfunción cervical.
- Doppler de la arteria uterina Fibronectina en sangre materna mayor o igual a 50 ng por mL5 y fibronectina fetal 6.

Exámenes de laboratorio. Deben indicarse según impresión diagnóstica basada en historia clínica y el examen físico.

Para establecer diagnóstico etiológico como infección de vías urinarias o infecciones de transmisión sexual que están asociados a amenaza de parto

pretérmino, es indicativo: BHC, EGO, Gram y KOH en exudado vaginal, Cultivo de secreción vaginal.

Manejo

Manejo ambulatorio

De forma ambulatoria se atenderán a embarazadas que cursen con amenaza de parto pretérmino diagnosticada clínicamente durante la atención y **SIN** modificaciones cervicales. Se debe observar por 2 horas durante el cual se enviarán exámenes complementarios básicos e identificar la posible causa y tratarla. Si la dinámica uterina cesa y continua sin modificaciones cervicales, se manejará ambulatoriamente.

a) Tratamiento no farmacológico

- ✚ No indicar reposo absoluto en cama domiciliario en embarazos con feto único.
- ✚ Reposo relativo con períodos en decúbito lateral izquierdo y no realización de actividades físicas excesivas incluyendo relaciones sexuales.
- ✚ Ingesta de líquidos a demanda.
- ✚ Ingerir alimentos ricos en fibra, por ejemplo pan integral, repollo, papa sin cáscara, coliflor, zanahoria, manzana, lechuga, apio, naranja.
- ✚ Tratar la causa de la amenaza de parto pretérmino.
- ✚ Explicar los posibles efectos adversos de los medicamentos utilizados.

b) Tratamiento farmacológico

La embarazada debe permanecer en el establecimiento de salud por 2 horas por lo menos, para administrar y vigilar el efecto de:

1. Nifedipina

- ✚ La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla.
- ✚ Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. Si hay hipotensión arterial NO utilice Nifedipina. DESPUÉS DE 2

HORAS, SI NO HAY RESPUESTA A NIFEDIPINA, **REFIERA** PARA HOSPITALIZACIÓN. No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa).

2. Dexametasona

6mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 24 a < 35 semanas de gestación (34 6/7).

Manejo Hospitalario

Un 30% de las APP se resuelven espontáneamente y no progresan a parto pretérmino. De manera general el 30% de los partos pretérminos son espontáneos, inexplicados, o idiopáticos, 30% derivados de embarazos múltiples y 25% por infecciones del tracto urinario, hemorragia preparto, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas.

Intervenciones para identificar factores de riesgo

- *Infección del tracto urinario*

El grupo de portadoras de bacteriuria Asintomática que recibe tratamiento con antibióticos. Las pacientes con infección de vías urinarias o bacteriuria asintomática deberán de tratarse según protocolos de Infección Urinaria en Embarazadas.

- *Vaginosis bacteriana*

Se tomará muestra Cervico-vaginal para análisis con medición de pH, reacción con KOH y visualización directa en busca de flujo vaginal sugerente de infección y según resultado, se dará tratamiento. El tratamiento de elección es metronidazol 2 gr por una vez o 500 mg c/8 hrs por cinco días, por vía oral.

- *Streptococcus Grupo B*

Se debe de dar profilaxis antibiótica intraparto para prevenir la sepsis neonatal por estreptococo del grupo, Penicilina G: 5 millones de unidades IV (dosis inicial), luego 2.5 millones de unidades IV, c/4 horas hasta el parto, ó Ampicilina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1 g IV, c/4 horas hasta el parto. Si existe alergia a la penicilina: Cefazolina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1g IV, c/8 horas hasta el parto

- *Enfermedad periodontal*

La salud oral deficiente durante el embarazo se ha asociado a mayor morbilidad perinatal y neonatal.

Ultrasonografía transvaginal

Medición del cuello con ultrasonido: Permite determinar, de forma predictiva, la evolución clínica hacia el parto pretérmino, basándose en la medición de la longitud cervical, cuando el embarazo es con feto único.

Longitud cervical por ultrasonido: 20 – 30 mm.

- Si longitud cervical igual a menor a 25 mm y/o antecedentes de parto pretérmino, repetir estudio de longitud cervical cada 2 semanas hasta la semana 32.
- Acortamiento mayor de 5 mm: considerar esteroides y tocolisis especialmente con historia de parto pretérmino.
- Si el cuello permanece sin modificaciones, o se encuentra sobre el percentil 5, la embarazada puede ser controlada en el nivel primario.

Doppler de arterias uterinas

Ayuda a identificar pacientes con isquemia útero-placentaria, que puede expresarse como parto pretérmino idiopático de etiología isquémica, o como RCIU y preeclampsia.

Esta exploración se realiza entre las 20 y 24 semanas, por vía transvaginal, por lo cual puede hacerse simultáneamente con la evaluación del cérvix. Los valores que identifican población de riesgo son los ubicados sobre el percentil 95 del Índice de Pulsatilidad ($IP > 1.54$)

Pacientes con síntomas de parto pretérmino. Las pacientes que presenten contracciones uterinas sin modificaciones cervicales, serán sometidas a reposo, hidratación y evaluación ultrasonográfica del cérvix: Si el cuello mide más de 30 mm., la paciente vuelve a control en el primer nivel de atención; Si mide menos de 25 mm y/o continua con contracciones uterinas más de 6 en una hora, es

manejada como trabajo de parto pretérmino, se deriva al hospital, de acuerdo al grado de riesgo neonatal (< 32 semanas de gestación, alto riesgo; 32 a 35 semanas, riesgo mediano)

Tratamiento farmacológico

- ✦ No indicar líquidos intravenosos si la paciente no se encuentra deshidratada
- ✦ Tocolisis: A toda paciente menor de 35 semanas, Solo se realizará uteroinhibición de ataque durante 48 a 72 horas.

NIFEDIPINA 10 mg PO STAT. Si después de dosis de ataque la actividad uterina continúa, dar 10 mg PO cada 20 minutos por tres veces según respuesta de embarazada y 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.

RITODRINE Si no está disponible la Nifedipina o en casos de hipotensión arterial, se procederá a administrar Ritodrine, según el siguiente esquema: La ampolla utilizada para este caso es la de 50 miligramos que se diluirá en 500cc de Solución glucosada al 5%, la dilución resultante es de 100 microgramos por ml.

Iniciar dosis con 100 microgramos/ml/minuto, valorando cada 30 minutos la actividad uterina. Aumentar 50 microgramos/minuto hasta un máximo de 350 microgramos/minuto, según cesen las contracciones, o si hay efectos adversos intolerables.

✦ Corticoides

Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticosteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas a las 24 a 34 6/7 semanas de gestación en la ausencia de síntomas clínicos de Corioamnionitis

- ✦ Dexametasona (NE-Ia, GR-A). 6 mg IM c/ 12 horas por 4 dosis
- ✦ Betametasona: 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis

Atención del parto pretérmino

- ✦ Pasarla a sala de partos con la suficiente antelación, comunicar al pediatra o neonatólogo con anticipación. El parto deberá ser atendido por médico de mayor jerarquía.
- ✦ La temperatura ambiente (sala de partos y quirófanos) donde nace el RN debe estar entre 26 – 30° C, no menor de 25°C, y la temperatura en la mesa donde se reanima de 36 °C.
- ✦ Se debe apagar el aire acondicionado (donde exista) para evitar hipotermia.
- ✦ Evitar el desprendimiento brusco de la cabeza fetal.
- ✦ Pinzar y cortar el cordón umbilical al dejar de pulsar, lo cual usualmente ocurre alrededor de 1-3 minutos, con el Bebé colocado sobre el vientre materno y mantenerlo en posición horizontal promueve la transfusión feto – placentaria
- ✦ En pretérminos menores de 30 semanas de edad gestacional, en caso de necesitar oxígeno, utilice la cantidad mínima necesaria para corregir la hipoxemia y monitorear con oxímetro de pulso la cantidad suministrada (prevención de la retinopatía).
- ✦ Valorar las condiciones del paciente, para la utilización de surfactante pulmonar y CPAP Nasal.
- ✦ Traslado a sala de neonatología debe ser en incubadora. Evitar el enfriamiento secándolo y cubriéndolo.

Atención al recién nacido pretérmino

- ✓ Precalentar cuna de calor radiante o incubadora, poniéndola al máximo antes del nacimiento y aumentar la temperatura de la sala de parto
- ✓ Al presentar cabeza se succionará, orofaringe primero y luego fosas nasales, ÚNICAMENTE si hay presencia de secreciones.
- ✓ Colocar al recién nacido/a sobre el vientre materno y mantenerlo en posición horizontal, evitando el Trendelemburg, sobre todo en los menores de 32 semanas.
- ✓ Efectuar pinzamiento y corte del cordón (clampeo) cuando deje de pulsar o entre 1 a 3 minutos posteriores al nacimiento.

- ✓ Evitar enfriamiento, secándolo y luego cubrirlo.
- ✓ El recién nacido-a se debe mantener con calor radiante en posición horizontal.
- ✓ Mantener en incubadora a temperatura entre 26-28 ° C.
- ✓ Si el BB nace antes de las 28 semanas, cubrir del cuello para abajo sin secarlo, con una bolsa de polietileno (bolsa plástica de 3-4 litros con abertura en la parte inferior de la bolsa que permita el pase de la cabeza) con cierre, para evitar pérdida de calor por evaporación.
- ✓ En pretérminos menores de 32 semanas de edad gestacional, en caso de necesitar oxígeno, utilice la cantidad mínima necesaria para corregir la hipoxemia y monitorear con oxímetro de pulso la cantidad suministrada.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal

Área de estudio

El Hospital Bertha Calderón Roque se encuentra ubicado del Centro Comercial Zumen 1C Al Oeste. Esta designado para ser unidad hospitalaria de mayor calidad y capacidad de resolución del país con servicios de salud de alta complejidad, integrados en un solo local, con recursos humanos altamente calificados y motivados para brindar la más alta calidad de servicios a sus usuarias. Es el Hospital de referencia nacional para la mujer nicaragüense.

Actualmente el Hospital cuenta con los siguientes servicios:

- Obstetricia
- Ginecología
- Oncología
- Neonatología
- Emergencia
- Unidad de Cuidados Intensivos

A nivel interno, el hospital cuenta con 15 consultorios externos, con 228 camas censables, 12 camas no censables, y con 5 quirófanos. Actualmente cuenta con 600 recursos humanos que se encargan de la atención de las pacientes.

Se realizan 31,950 consultas médicas, con 24,649 consultas en la emergencia, con 18,624 egresos y 5,593 operaciones en el hospital.

Universo

El universo está constituido por todas las pacientes que fueron ingresadas al área de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, el cual fue conformado por 60 pacientes.

Muestra

El tamaño de la muestra del estudio se sacara con la fórmula de estimación de proporción, donde los valores utilizados son:

Universo: 60

Error muestral: 3%

Nivel de confianza: 95%

Proporción: 5%

El tamaño de la muestra es de 50 pacientes

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo a utilizar será el probabilístico, del cual se seleccionará la técnica de aleatorización simple a partir del conocimiento de la cantidad total de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Criterios de inclusión

- ✦ Expediente completo, con letra legible y disponible en el área de archivo.

Criterios de exclusión

- ✦ Expediente incompleto, con letra poco legible y no disponible en el área de archivo.

Técnicas de procedimiento

Para la recolección de datos se necesitó de cartas de solicitud al docente y medico base encargado de la sala de Post-Quirúrgico para poder tener acceso a los expedientes clínicos.

Para cumplir a cabalidad los objetivos planteados se diseñó y valido una ficha en la cual se recolectara la información del expediente clínico de las pacientes seleccionadas.

Plan de tabulación y análisis

Los datos que se obtendrán se tabularán y serán ingresados al programa SPSS, diseñado específicamente para este fin y así sometidas al análisis de frecuencia y porcentaje.

Se aplicará lista de chequeos del protocolo para evaluar cumplimiento del mismo, los resultados del procesamiento de datos se presentan en cuadros y gráficos según las características de las variables, que fueron elaborados en SPSS.

Enunciado de variables

Objetivo #1

- ✦ Edad
- ✦ Procedencia
- ✦ Escolaridad
- ✦ Ocupación
- ✦ Estado civil
- ✦ Antecedentes Patológicos Personales

Objetivo #2

- ✦ Gestaciones
- ✦ Para
- ✦ Cesáreas
- ✦ Abortos
- ✦ Controles pre-natales

Objetivo #3

- ✦ Edad gestacional
- ✦ Contracciones uterinas
- ✦ Flujo vaginal
- ✦ Estado del cuello uterino
- ✦ Bienestar fetal
- ✦ Presencia de infección de vías urinarias
- ✦ Presencia de Cervico-vaginitis
- ✦ Indicación de ultrasonido
- ✦ Indicación de exámenes de laboratorio

Objetivo #4

- ✦ Reposo relativo
- ✦ Ingesta abundante de agua

Objetivo #5

- ✦ Dosis de ataque de Nifedipina
- ✦ Dosis de mantenimiento de Nifedipina
- ✦ Uso de maduración pulmonar
- ✦ Expediente

Objetivo #6

- ✦ Vía de parto
- ✦ Egreso perinatal

Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de su ingreso.	Años	<19 años 20-34 años >35 años
Procedencia	Área geográfica donde habita o de donde procede la paciente	Según expediente	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Según expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Alfabeto
Ocupación	Oficio o actividad a la cual se dedica la paciente.	Según expediente	Ama de casa Obrera Comerciante Estudiante Otros
Estado civil	Asociación que caracteriza los vínculos personales con otro individuo.	Según expediente	Soltera Casada Acompañada Otros
Antecedentes patológicos personales	Enfermedades padecidas por la paciente.	Según expediente	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Desnutrición Anemia Otros Ninguno

Gestaciones	Período que transcurre entre la implantación del cigoto, en el útero, hasta el parto	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Para	Culminación de la gestación mediante la salida del bebe por el canal vaginal	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Cesáreas	Técnica quirúrgica en la cual se extrae bebe del útero a través de incisión en cavidad abdominal	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Controles pre-natales	Atenciones sanitarias que reciben las embarazadas durante el embarazo.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Edad gestacional	Edad de un feto desde el primer día de la última regla.	Según expediente	22-27 28-33 34-36
Contracciones uterinas	Contracción de los músculos en las paredes uterinas	Según expediente	Si No No aplica
Flujo vaginal	Líquido viscoso segregado desde el cuello uterino	Según expediente	Si No No aplica
Estado del cuello uterino	Estado del cuello uterino al momento de la revisión ginecológica de la paciente	Según expediente	Si No No aplica

Bienestar fetal	Vitalidad fetal valorada con la frecuencia cardiaca fetal en rangos normales	Según expediente	Si No No aplica
Presencia de IVU	Datos clínicos de una infección de vías urinarias brindados mediante la interrogación a la paciente	Según expediente	Si No No aplica
Presencia Cervico-vaginitis	Datos clínicos de un proceso infeccioso e inflamatorio de la vía vaginal encontrados mediante la exploración en la valoración ginecológica.	Según expediente	Si No No aplica
Indicación de Ultrasonido	Examen imagenológico que valoración fetal	Según expediente	Si No No aplica
Indicación de exámenes de laboratorio	Muestras sanguíneas para valorar diagnóstico de clínica de la paciente.	Según expediente	Si No No aplica
Reposo relativo	Estado en el que no se realizan actividades físicas.	Según expediente	Si No No aplica
Ingesta abundante de agua	Hidratación hídrica en los días de estancia intrahospitalaria.	Según expediente	Si No No aplica
Dosis de ataque de Nifedipina	Bloqueador de los canales de Calcio utilizado para inhibir contracciones.	Según expediente	Si No No aplica
Dosis de mantenimiento de Nifedipina	Bloqueador de los canales de Calcio utilizado para inhibir contracciones.	Según expediente	Si No No aplica

Maduración pulmonar	Tratamiento utilizado para prevenir afectaciones pulmonares provocadas por inmadurez.	Según expediente	Si No No aplica
Expediente	Documento básico que representa la evidencia del protocolo de un enfermo.	Según expediente	Si No No aplica
Vía de parto	Vía seleccionada para la interrupción de la gestación	Según expediente	Parto Cesárea No aplica
Egreso perinatal	Estado clínico del neonato al momento de su egreso	Según expediente	Vivo Muerto Abandono Traslado

Aspectos Éticos

Para la realización del presente estudio, se solicitó permiso oficial de la subdirección docente del Hospital Bertha Calderón Roque, a cargo del Dr. José de Los Ángeles Méndez, así como a los jefes del servicio del alto riesgo obstétrico.

Se garantiza la protección de los datos de los pacientes, puesto que no se utilizara su información personal, sino que nos referiremos a ellos como un conglomerado, de esta forma será confidencial. Además se guardara la confidencialidad, es decir que no se divulgaran los datos personales recibidos.

RESULTADOS

El presente estudio investigativo estuvo conformado por 50 mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, las cuales, en relación a la edad, 24 de ellas eran menores de 19 años (48%), esto seguido de 20 mujeres entre 20 y 34 años de edad (40%) y 6 mujeres con edades mayores de 35 años (12%) **(Ver Anexo. Cuadro #1)**

Con respecto a procedencia de las mujeres en estudio, 37 mujeres provenían de la zona urbana (74%) y 13 del casco rural (26%) **(Ver Anexo. Cuadro #2)**

Hablando del nivel de escolaridad, 9 mujeres eran analfabetas (18%); 15 mujeres cursaron la primaria (30%), 25 mujeres cursaron la secundaria (50%) y solo 1 de ellas curso estudios superiores (2%) **(Ver Anexo. Cuadro #3)**

En relación a la ocupación, 38 de ellas eran ama de casa (76%), 6 obreras (12%); 2 de ellas representando al sector comercio (4%) y 2 de ellas eran estudiantes (8%) **(Ver Anexo. Cuadro #4)**

Con respecto al estado civil, se encontró que 12 de ellas eran solteras (24%); 15 de ellas estaban casadas (30%) y 23 de ellas se encontraban en unión libre (46%) **(Ver Anexo. Cuadro #5)**

En relación a los antecedentes patológicos personales de las mujeres en estudios se encontró que 5 cursaban con Diabetes Mellitus tipo II (10%), 6 de ellas cursaban con Hipertensión Arterial (12%); 4 mujeres cursaban con Anemia (8%) y 35 mujeres no poseían antecedentes patológicos personales (70%) **(Ver Anexo. Cuadro #6).**

En relación al número de gestaciones que han tenido las mujeres en estudio, 7 mujeres nunca habían estado embarazadas (34%); 22 mujeres tenían entre 1-2 embarazos (44%); y 11 mujeres poseen más de 3 embarazos (22%) **(Ver Anexo. Cuadro #7)**

Hablando del número de partos vaginales, 24 mujeres no habían tenido ningún parto vaginal (48%); 23 habían tenido de 1-3 partos vaginales (46%) y 3 mujeres habían tenido más de 3 partos vaginales (6%) **(Ver Anexo. Cuadro #8).**

En relación al número de abortos, se encontró que 34 mujeres nunca habían tenido un episodio de aborto (68%) y 16 de ellas habían sufrido de 1- 2 abortos (32%) **(Ver Anexo. Cuadro #9)**

Refiriéndonos al número de cesáreas, se encontró que 42 mujeres nunca habían presentado parto por vía abdominal (84%) y solo 8 mujeres han tenido de 1-2 partos por esta vía (16%) **(Ver Anexo. Cuadro #10)**

De acuerdo al número de controles prenatales, se encontró que 10 mujeres no se habían realizado ningún control prenatal (20%); 14 mujeres se habían realizado de 1-3 controles prenatales el (28%) y 26 mujeres que se había realizado más de 4 controles (52%) **(Ver Anexo. Cuadro #11)**

Tomando en cuenta la lista de chequeo para verificar el nivel de cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino, en el diagnóstico clínico de las mujeres en estudio, la presencia de contracciones uterinas regulares (2 o más contracciones en 10 minutos) se verifico en 42 expedientes (84%) mientras que en 8 expedientes (16%) no se cumplió este criterio; la salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento se constató en 26 expedientes (52%) mientras que en 24 de ellos (38%) no se cumplió el criterio; la edad gestacional se plasmó en los 50 expedientes (100%); el estado del cuello uterino (borramiento menor del 50% con una dilatación menor de 3 cm y comprobando la integridad de las membranas) se constató en 36 de los expedientes (72%) mientras que 14 de ellos (28%) no cumplió este criterio; con respecto a la evaluación del bienestar fetal (frecuencia cardiaca fetal en parámetros normales) los 50 expedientes cumplieron con este criterio; mediante un interrogatorio y la realización de un examen general de orina en cinta reactiva de uroanálisis se verifico la presencia de vías urinarias en 23 de los expedientes (46%) mientras que 27 de los expedientes (54%) no cumplieron con el criterio; mediante el examen físico ginecológico se verifico la presencia de una Cervicovaginitis en 18 expedientes (36%) mientras que 32 de los expedientes (64%) no cumplieron con el criterio; en relación a la indicación de ultrasonido se verifico en 36 de los expedientes (72%) mientras que 14 de ellos (28%) no cumplió

con el criterio; con respecto a la indicación de exámenes de laboratorio 41 de los expedientes (82%) cumplió con el criterio. **(Ver Anexo. Cuadro #12)**

Continuando con la lista de chequeo, en relación a la indicación de tratamiento no farmacológico en las mujeres en estudio, se encontró que, con respecto a la indicación del reposo relativo, 47 de los expedientes (94%) cumple con el criterio, mientras que 3 de ellos (6%) no; de igual manera se verifico la indicación de ingesta abundante de líquidos en 16 de los expedientes (32%) mientras que 34 de ellos (68%) no cumplió con el criterio. **(Ver Anexo. Cuadro #13)**

Hablando de la indicación del tratamiento farmacológico, el uso de la dosis de ataque de Nifedipina, se constató en 43 de los expedientes (86%) mientras que 7 de ellos (14%) no cumplió con el criterio; así como la indicación de la dosis de mantenimiento de Nifedipina estuvo plasmado en 47 de los expedientes (94%) mientras que 3 de ellos (6%) no cumplió; en relación a la indicación del uso de corticoides, 38 de los expedientes (76%) cumple con la aplicación, mientras que 12 de los mismos (24%) no cumple con el criterio. **(Ver Anexo. Cuadro #14)**

En relación al cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino, se encontró que 16 de los expedientes cumple con todos los criterios de la lista de chequeo (32%) mientras que 34 de ellos no cumple con todos los criterios (68%) **(Ver Anexo. Cuadro #15)**

Refiriéndonos a la evolución de la gestación actual, 17 mujeres culminaron su embarazo por vía parto vaginal (34%) mientras que 33 mujeres continuaron con su estado gravídico (64%) **(Ver Anexo. Cuadro #16)**

En referencia al Egreso de las mujeres en estudio, se encontró que 17 mujeres fueron dadas de alta con sus bebés vivos (34%); y 33 mujeres fueron dadas de alta continuando con su estado gravídico y en seguimiento estricto del mismo (64%) **(Ver Anexo. Cuadro #17)**

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran de manera general el porcentaje de cada variable, de acuerdo los objetivos tomados en cuenta para la investigación.

De acuerdo a las características socio demográficas de las mujeres en estudio, el 48% corresponde a mujeres menores de 19 años, ya que no poseen el adecuado conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar para tener una vida sexual activa con responsabilidad, y de esta manera disminuir el número de embarazos no deseados en esta etapa; además las adolescentes, no son capaces de tomar decisiones maduras ante situaciones de riesgo en un embarazo, **(Ver Anexo. Cuadro #1)** 74% de las mujeres eran de procedencia urbana; lo que indica que a pesar que estas adolescentes cuentan con unidades de salud que brindan atenciones prenatales, de manera gratuita, para el correcto manejo y vigilancia de un embarazo, estas mujeres no asisten ni hacen uso de las atenciones médicas, por diferentes tabúes creados por la sociedad **(Ver Anexo. Cuadro #2)**; lo cual no coincide con el trabajo realizado por Córdoba y Chávez en el Hospital Vitoria Motta en el año 2012 los cuales estudiaron el cumplimiento del protocolo de La Amenaza de Parto Pretérmino, en donde las edades predominantes fueron entre 23-34 años de edad los cuales tenían procedencia rural. El 50% de las mujeres tenían secundaria aprobado como mayor grado de escolaridad, datos que nos confirman que son adolescentes que por el nivel bajo escolar no toman decisiones correctas antes los signos de peligro durante el embarazo, por falta de conocimiento del proceso natural de un embarazo **(Ver Anexo. Cuadro #3)**; siendo la mayoría amas de casa **(Ver Anexo. Cuadro #4)** y presentando como estado civil la unión libre **(Ver Anexo. Cuadro #5)**, conllevando a un embarazo de alto riesgo por falta de apoyo tanto económico como afectivo, refiriéndose a la parte conyugal; el 70% de las pacientes en estudio no presentaban antecedentes patológicos personales lo que orienta que las pacientes gozan con un estado integro de salud, pero existen factores no patológicos que cursan con el embarazo que pueden llevar a un parto prematuro entre ellos accidentes laborales que las hacen vulnerables en su estado gravídico. **(Ver Anexo. Cuadro #6)**

En relación a las características gineco-obstetras de las pacientes en estudio más del 40% de las ellas tenían como antecedentes de 1 a 2 estados gravídicos, **(Ver Anexo. Cuadro #7)** resultados diferentes encontrados en el estudio de Córdoba y Chávez donde más del 60% de las pacientes eran multigestas; ya que en Jinotega predomina una cultura machista en donde las mujeres están sujetas u obligadas a no planificar, incluyendo a los cónyuges que no hacen uso de preservativos en el acto sexual; y casi el 50% de las pacientes no han presentado parto vaginales **(Ver Anexo. Cuadro #8)**, así como un 84% de las mismas ningún parto abdominal **(Ver Anexo. Cuadro #9)** y un 68% de las misma no han presentado aborto **(Ver Anexo. Cuadro #10)**, lo que indica que las mujeres se encontraban cursando con su primer embarazo. Más del 50% de las mujeres en estudio han tenido más de 4 controles prenatales, dato que orienta que el 100% de los controles prenatales no son realizados únicamente por médicos, además una inadecuada información de signos de peligros que pueden surgir durante el embarazo **(Ver Anexo. Cuadro #11)**; coincidiendo este dato con el estudio de Córdoba y Chávez el cual indica que más del 60% de las pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino presentaron más de 4 controles prenatales.

Dentro de las características clínicas de las mujeres en estudio encontramos que el 30% de ellas tenían una edad gestacional entre 28-33 semanas; además un 54% entre 34-36 semanas de gestación; coincidiendo estos datos con estudio de Córdoba y Chávez encontrándose que el 91% de la muestra poseían gestaciones entre 28-36 semanas. Además del 80% de las mujeres en estudio presentaron contracciones uterinas regulares y dolorosas, el 52% de las mujeres presentaron flujo vaginal. Dentro del estudio se encontró que el 46% de las pacientes poseían infección de las vías urinarias, está demostrado científicamente que la patología que más acompaña al embarazo, es la infección de vías urinarias, y si esta no se logra evitar a tiempo, se asocia directamente con un parto prematuro, observando una significativa diferencia en un estudio realizado en Venezuela acerca del estudio del uso de Fenoterol en las pacientes con Amenaza de parto pretérmino donde se concluyó que una de las patologías asociadas más frecuentes era la infección de vías urinarias con un 38%; a diferencia del estudio realizado por el Dr.

Pedro Faneite donde la relación de la infección de las vías urinarias con la amenaza de parto pretérmino fue del 68% de la muestra en estudio. Cabe resaltar que el 64% de la muestra en estudio no presentaban datos clínicos de una infección cervico-vaginal, cabe resaltar que la ITS en toda literatura mundial está reportado como factor primordial ya que provoca una reacción inflamatoria sistémica alrededor del útero, ascenso del microorganismos que estimula el cuello uterino para desencadenar factores liberadores de la contracción que son las inmunoglobulinas F2 alfa y la prostaciclina que producen contracciones uterinas. Según la indicación de exámenes complementario, tanto imagenológicos como de laboratorio; al 72% de las pacientes se les indico ultrasonido para valorar vitalidad fetal y a un 82% de las pacientes se les indico exámenes hemáticos. **(Ver Anexo. Cuadro #12)**

Según el tratamiento no farmacológico orientado a las pacientes al 94% de las mismas se les indico el reposo relativo en cama, únicamente al 32% de las mismas se les indica la ingesta de líquidos orales. **(Ver Anexo. Cuadro #13)**

En relación al tratamiento farmacológico indicado a las mujeres en estudio al 86% de las misma se les indico dosis de ataque de Nifedipina, a diferencia de un estudio realizado en 1988 en el Hospital Berta Calderón a cerca de la respuesta de la amenaza de parto pretérmino donde únicamente el 56% de las pacientes recibieron dosis de ataque del fármaco antes mencionados. Más del 90% de las pacientes recibieron dosis de mantenimiento con Nifedipina, en comparación con estudio realizado en Hospital Bertha Calderón en 1988 donde se evidencia que el 64% de las pacientes habían recibido dosis de mantenimiento con dicho fármaco. Con respecto a la indicación del uso de corticoides para maduración pulmonar en las mujeres gestantes en estudio al 76% de ellas se le administro el esquema de maduración según protocolo.

A diferencia de un estudio realizado en España en el año 2008 donde revela que al 100% de las pacientes se les administró corticoide. Cabe resaltar que en dicho estudio realizado en España en el 92% de la terapia con corticoide fue utiliza el

fármaco de elección betametasona a comparación con nuestro estudio que revela que se utilizó el fármaco de elección dexametasona. **(Ver Anexo. Cuadro #14)**

Con la recopilación de datos obtenidos que en el Hospital Bertha Calderón en el período estudiado en la sala de Alto Riesgo Obstétrico se concluyó que el 32% de los expedientes cumplen con todos los criterios de la normativa de Amenaza de Parto Pretérmino a diferencia de un estudio realizado en Nueva Segovia realizado en el año 2005 el cual reporta que el 72% de la muestra cumplió con el Protocolo del ministerio de salud; así como un estudio realizado en Chontales en el año 2006 donde se concluyó de acuerdo a los estándares de evaluación de calidad no se cumple el 80% de los ítems que valora el diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino. **(Ver Anexo. Cuadro #15)**

Según la evolución del embarazo de las pacientes el 34% de ellas culminó su estado gravídico por vía vaginal **(Ver Anexo. Cuadro #16)**, a diferencia con un estudio realizado en 1988 en el Hospital Bertha Calderón el cual revela que el 23% de las pacientes evolucionaron a parto vaginal; cabe resaltar que el mismo 34% de las pacientes fueron egresadas con sus bebés en óptimas condiciones y el 66% de las pacientes se les dieron seguimiento a sus embarazos en sus centros de salud. **(Ver Anexo. Cuadro #17)**

CONCLUSIONES

En el estudio “Nivel de cumplimiento del protocolo de la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016” concluimos que solo el 32% de los expedientes analizados cumplen con todos los criterios de la Normativa de Amenaza de Parto Pretérmino (Normativa 044)

Según los objetivos planteados en esta investigación, se concluye:

- La amenaza de parto pretérmino sobresale en la población en edades menores de 19 años, con procedencia urbana, con nivel de escolaridad bajo (tanto de primaria como secundaria), amas de casa, en unión libre, sin antecedentes patológicos personales.
- Las características gineco-obstetras sobresalientes fueron pacientes con 1-2 estados gravídicos, sin partos vaginales, abdominales y con más de 4 controles prenatales.
- Los criterios clínicos diagnósticos cumplidos fueron la edad gestacionales y la evaluación del bienestar fetal.
- No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento no farmacológico.
- No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento farmacológico
- Se concluyó que la evolución del embarazo en las mujeres del estudio fue satisfactorio culminado con partos por vía vaginal en tiempo acorde a fecha probable de parto, coincidente con los meses estimados de un estado gravídico completo.

RECOMENDACIONES

- ✦ A las autoridades del Ministerio de Salud junto con los directores de SILAIS y su personal administrativo organicen un sistema de visitas periódicas a las unidades de atención ya sean primarias o secundarias, para que en lo específico de la amenaza de parto prematuro, se evalúe de forma constante el cumplimiento del protocolo emitido por el ministerio de salud, ya que la falta de cumplimiento en cualquier acápite repercute directamente en la calidad de atención que se brinda al binomio madre-hijo.
- ✦ A las autoridades de los SILAIS junto a los directores de centro de salud dentro de su agenda de trabajo, se establezca un plan de visita, de control y seguimiento a los expedientes clínicos de todas aquellas pacientes diagnosticadas con amenaza de parto prematuro y a través de la lista de chequeo identificar cuáles son aquellos puntos que no se están cumpliendo y poder hacer un plan de recuperación para mejorar la calidad de atención que se está brindando.
- ✦ A los directores de los diferentes centro de salud que conformen un grupo de trabajo con funciones específicas, especialmente el personal médico y paramédico que está a cargo de la atención de las pacientes embarazadas para que se haga un plan piloto de revisión de los expedientes de todas aquellas pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino y poder mejorar la calidad de atención
- ✦ A los directores de hospital, junto a los jefes de servicio que se ponga en práctica el mandato de la revisión de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, para identificar los puntos álgidos en los que no se está cumpliendo el protocolo de la amenaza de parto prematuro para hacerlos llegar al equipo médico y así poder mejorar la calidad de atención.
- ✦ Instar al grupo médico del hospital Bertha Calderón Roque, ya que si bien es cierto, no estamos al 100%, a seguir haciendo lo que se está haciendo ya que se encuentra en un porcentaje aceptable, y mejorar cada día para el bienestar del binomio madre-hijo.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Ochoa, J. P. (2009). Relación del parto pretermino con la ruptura prematura de membrana. *SCIELO*, 1-16.
- al, G. D. (2011). Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm and preventive tools for preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 659–667.
- Ananth CV, V. A. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes J. Matern Fetal Neonatal. *Revista peruana de neonatologia*, 773–82.
- Cabezas Elisondo, S. (2002). *Parto Pretermino: Factores de riesgo y mortalidad neonatal, Hospital Berta Calderón, Monografía*. Managua.
- Cedeño, A. (1994). *Morbimortalidad Materna en las embarazadas adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense, Managua Nicaragua*. Managua.
- Cordoba, N., & Chavez, H. (2012). *Manejo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la sala de gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta, del 1 de enero al 31 diciembre del 2012*. Jinotega.
- Dras. Cristina Laterra, E. A. (2003). Amenaza de parto pretermino. Guías clínicas. *Revista Hospitalaria Materno-Infantil Ramon Sardá*, 20-24.
- Ernesto Rosell Juarte, M. D. (2000). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 6-14.
- Faneite, P., Gómez, R., Guninad, M., Faneite, J., Manzano, M., Marti, A., & Urdaneta, E. (2006). Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Revista Obstetrico Ginecologica de Venezuela*, 10-15.
- Fernando Althabe, G. C. (1999). El parto pretérmino: detección de riesgos. *Revista Panamericana Salud Publica*, 5-18.

- G. Kayema, F. G. (2008). Amenaza de parto pretermino. *Elsevier*, 1-18.
- Garcia Calvo, B. C. (2015). Factores de riesgo del parto pretermino en San Marcos, Peru. *PubMed*, 54-85.
- Herrera, M. (2005). *Aplicacion de protocolo de la amenaza de parto pretermino en las pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Alfonso Moncada de Enero a Julio del año 2005*. Ocotal.
- J., B. (1988). *Respuesta cle de la amenaza de parto pretermino en el Hospital Bertha Calderon Roque en Abril-Junio del año 1988*. Managua.
- Lattera C, e. a. (2003). Guia de practicas clinicas. Amenaza de parto prematuro. *Revista Hospitalaria Materno Infantil Ramon Sarda*, 28-43.
- MARÍA DEL PILAR ARANGO M.D., A. M. (2008). Factores de riesgo para parto pretermino en el departamento de Caldas 2003-2006. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 50-78.
- MINSA, N. (2011). *Protocolo del abordaje de las patologías mas frecuentes del area de Alto Riesgo Obstetrico*. Managua.
- Oliveros, M. C. (2008). Factores de riesgo vinculados a los nacimientos prematuros en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Perú. *PubMed*, 54-90.
- Oyarzún E, G. R. (2000). Rotura prematura de membranas de pretérmino. Meta-análisis del efecto de esteroides en la prevención del síndrome de distress respiratorio. *Revista Medica Chilena*, 388-395.
- Pedro Faneite, R. G. (2007). Incidencia de la Infecciones de vias urinarias y la amenaza de parto pretermino. *SCIELO*, 50-87.
- Quiroz GG, A. P. (2016). Consecuencias de la Amenaza del Parto Pretermino. *Revista Clinica de la Universidad de Medicina de la Escuela de Costa Rica*, 75-80.

Robert, J. A. (2014). Protocolo de manejo de pacientes con amenaza de parto pretermino en clinica Las Condes. *SCIELO*, 69-124.

Rostrán JL, T. G. (2006). *Manejo de la amenaza de parto prematuro en el centro de salud con cama Jacinto Hernández de Nueva Guinea, departamento Chontales año 2006*. Chontales.

Sequeira Orlando, C. L. (1999). *Comportamiento de la Amenaza de parto pretermino de pacientes ingresadas en la sala de ARO del hospital San Juan de Dios de Esteli de Enero-Octubre 1998*. Esteli.

Uzcátegui, O., Figarella, D., Bentolila, S., Toro, J., & Fleitas, F. (1987). The management of fenoterol in premature delivery. *Revista Obstetrica Ginecologia de Venezuela*, 47-72.

Zeus, P. d. (2008). Survey of the spanish society of obstetrics and gynecology. treatment of threatened preterm labor in spanish hospitals. *ElSevier España*, 28-37.

ANEXOS

Cuadro #1: Edades de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Edad de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	<19 años	24	48.0
	20-34 años	20	40.0
	>35 años	6	12.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #2: Procedencia de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Procedencia de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Urbano	37	74.0
	Rural	13	26.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #3: Escolaridad de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Escolaridad de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Analfabeta	9	18.0
	Primaria	15	30.0
	Secundaria	25	50.0
	Universitaria	1	2.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #4: Ocupación de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Ocupación de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ama de casa	38	76.0
	Obrera	6	12.0
	Comerciante	2	4.0
	Estudiante	4	8.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #5: Estado civil de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Estado civil de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltera	12	24.0
	Casada	15	30.0
	Acompañada	23	46.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #6: Antecedentes patológicos personales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Antecedentes patológicos personales de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Diabetes Mellitus	5	10.0
	Hipertensión Arterial	6	12.0
	Anemia	4	8.0
	Ninguno	35	70.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #7: Número de gestaciones de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Numero de gestaciones de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	17	34.0
	1-2	22	44.0
	≥ 3	11	22.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #8: Número de partos vaginales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Número de partos vaginales de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	24	48.0
	1-2	23	46.0
	≥ 3	3	6.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #9: Número de abortos vaginales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Número de abortos de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	34	68.0
	1-2	16	32.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #10: Número de cesáreas de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Número de cesáreas de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	42	84.0
	1-2	8	16.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #11: Número de controles pre-natales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Controles pre-natales de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	10	20.0
	1-3	14	28.0
	≥ 4	26	52.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #12. Diagnóstico clínico en las mujeres en estudio con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino ingresadas en las Sala de Alto riesgo Obstétrico de Hospital Bertha Calderón en el Primer Trimestre del 2016.

Criterios	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Contracciones uterinas	42	84%	8	16%
Flujo vaginal	26	52%	24	48%
Edad Gestacional	50	100%	0	0%
Cuello uterino	36	72%	14	28/%
Bienestar fetal	50	100%	0	0%
Infección de vías urinaria	23	46%	27	54%
Cervicovaginitis	18	36%	32	64%
Ultrasonido	36	72%	14	28%
Exámenes de laboratorio	41	82%	9	18%

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro #13. Tratamiento no farmacológico en las mujeres en estudio con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino ingresadas en las Sala de Alto riesgo Obstétrico de Hospital Bertha Calderón en el Primer Trimestre del 2016.

Criterios	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reposo relativo	47	94%	3	6%
Ingesta de liquido	16	32%	34	68%

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro #14. Tratamiento farmacológico en las mujeres en estudio con diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino ingresadas en las Sala de Alto riesgo Obstétrico de Hospital Bertha Calderón en el Primer Trimestre del 2016.

Criterios	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dosis de ataque de Nifedipina	43	86%	7	14%
Dosis de mantenimiento de Nifedipina	47	94%	3	6%
Maduración pulmonar	38	76%	12	24%

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro #15: Expedientes de mujeres que cumplen con la normativa de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Expediente de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	16	32.0
	No	34	68.0
	Total	50	100.0

Fuente: Expediente clínico

Cuadro #16: Vía de parto en mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Vía de parto de las pacientes			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Vaginal	17	34.0
	N/A	33	66.0
	Total	50	100.0

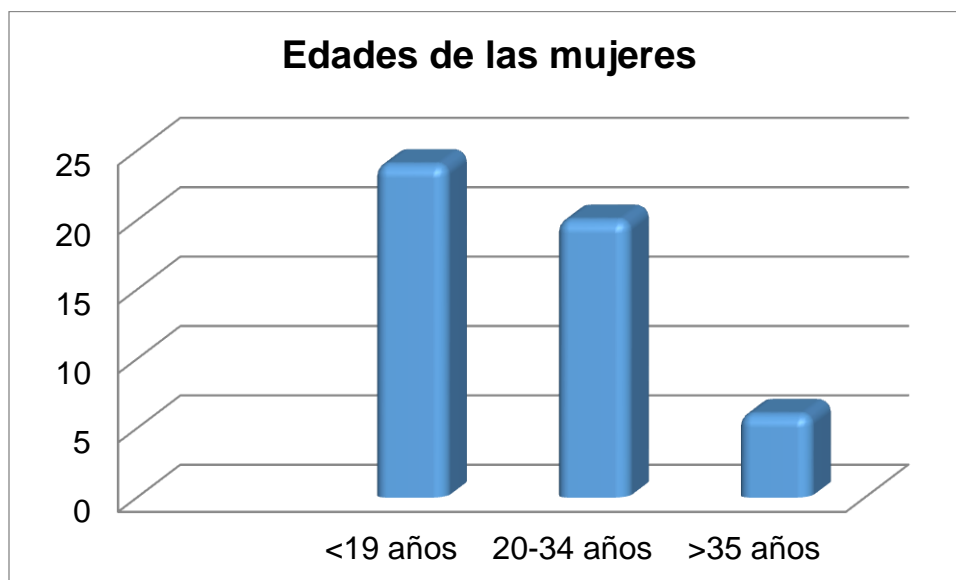
Fuente: Expediente clínico

Cuadro #17: Egreso perinatal de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.

Egreso perinatal			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Vivo	17	34.0
	Alta	33	66.0
	Total	50	100.0

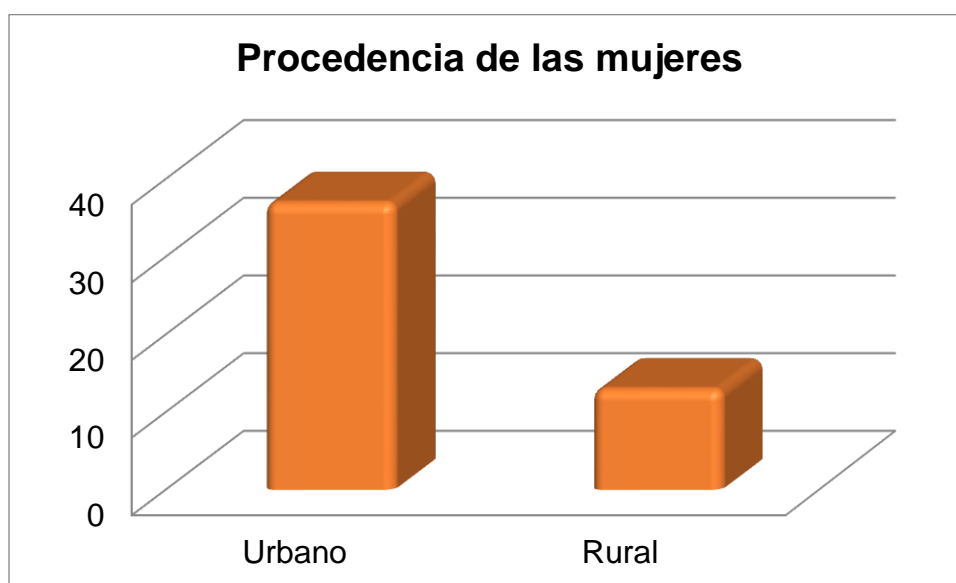
Fuente: Expediente clínico

Grafico #1: Edades de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



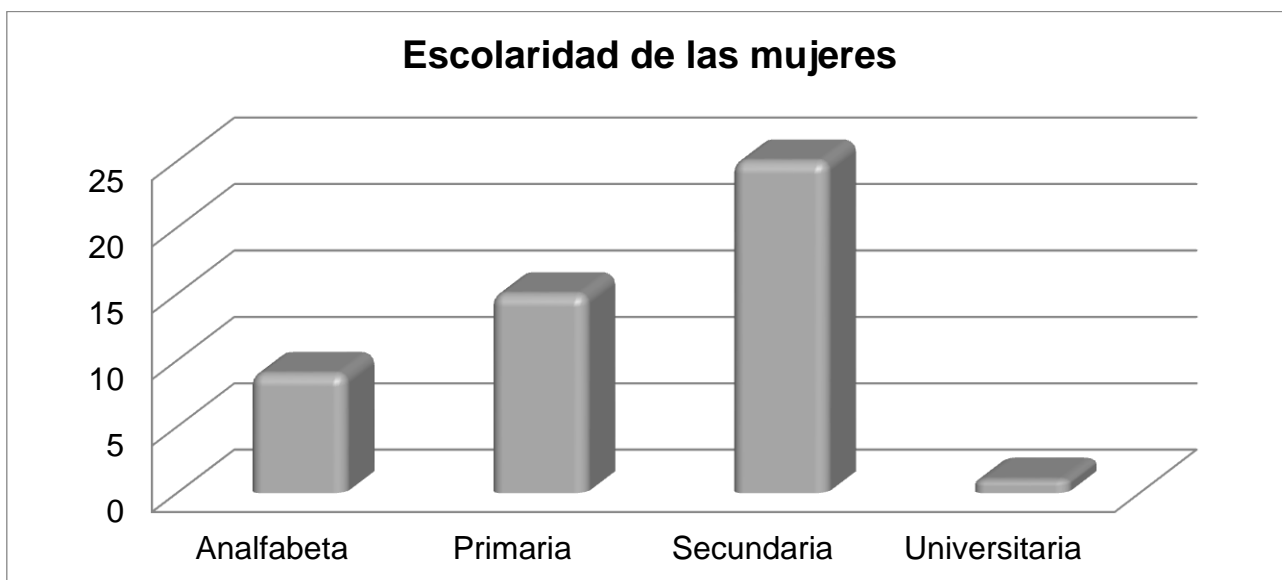
Fuente: Cuadro #1

Grafico #2: Procedencia de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



Fuente: Cuadro #2

Grafico #3: Escolaridad de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



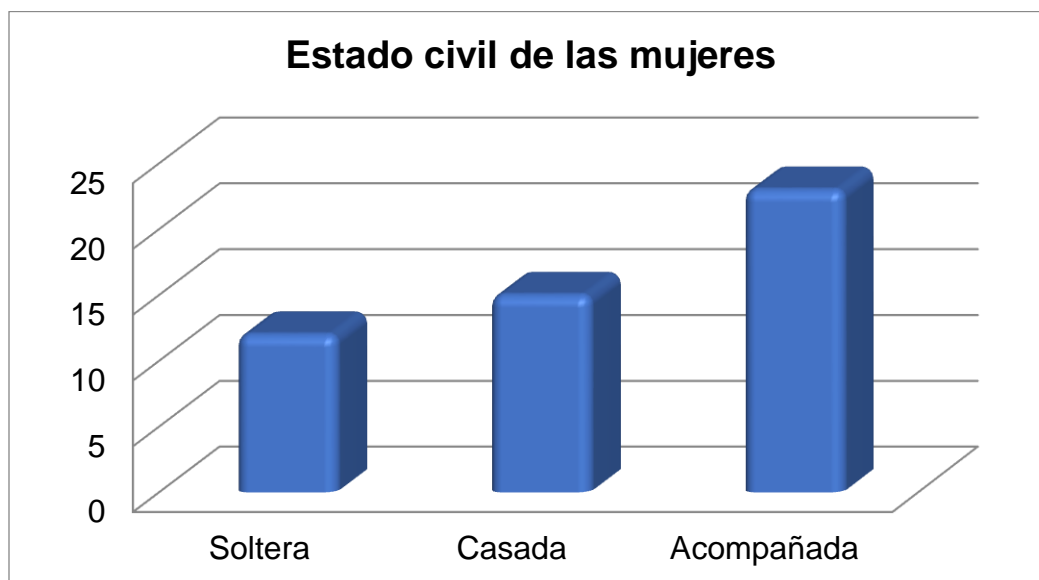
Fuente: Cuadro #3

Grafico #4: Ocupación de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



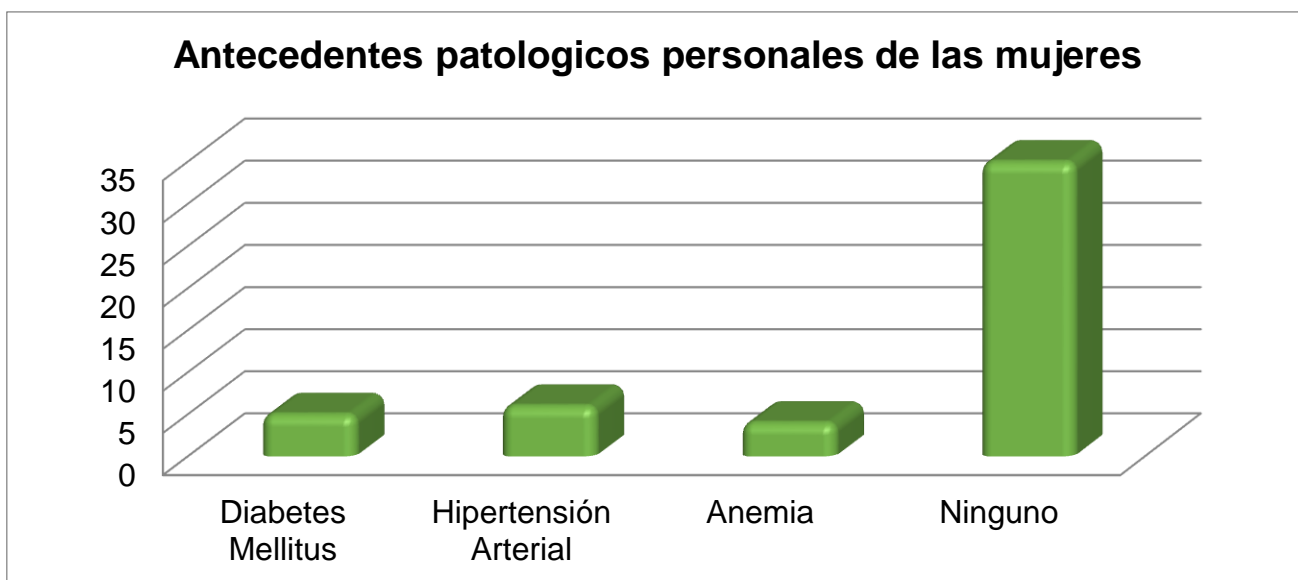
Fuente: Cuadro #4

Grafico #5: Estado civil de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



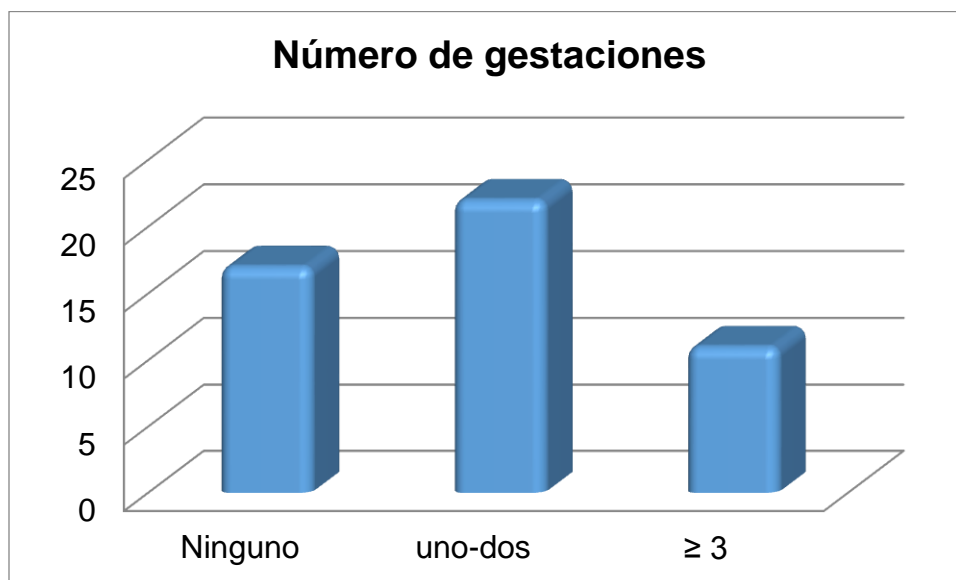
Fuente: Cuadro #5

Grafico #6: Antecedentes patológicos personales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



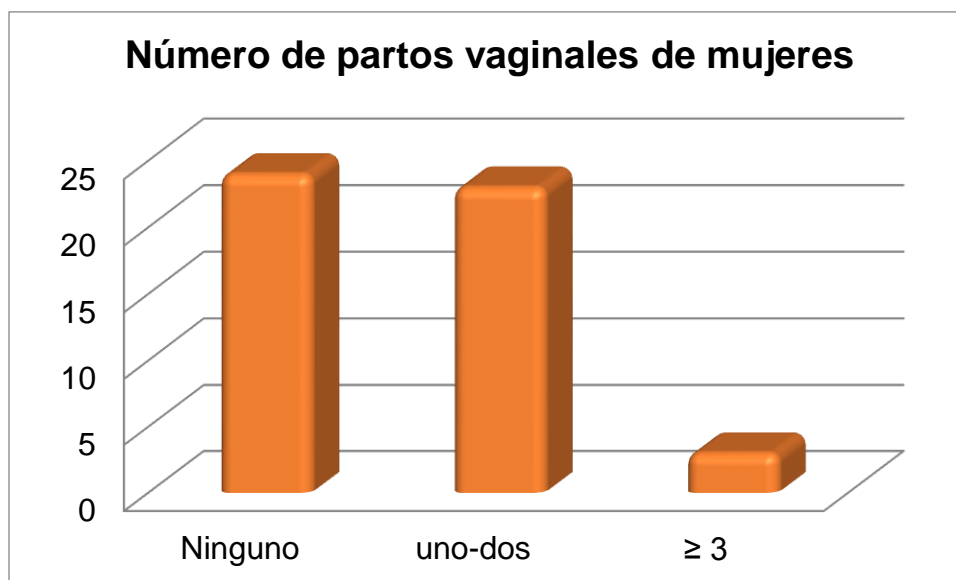
Fuente: Cuadro #6

Grafico #7: Número de gestaciones de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



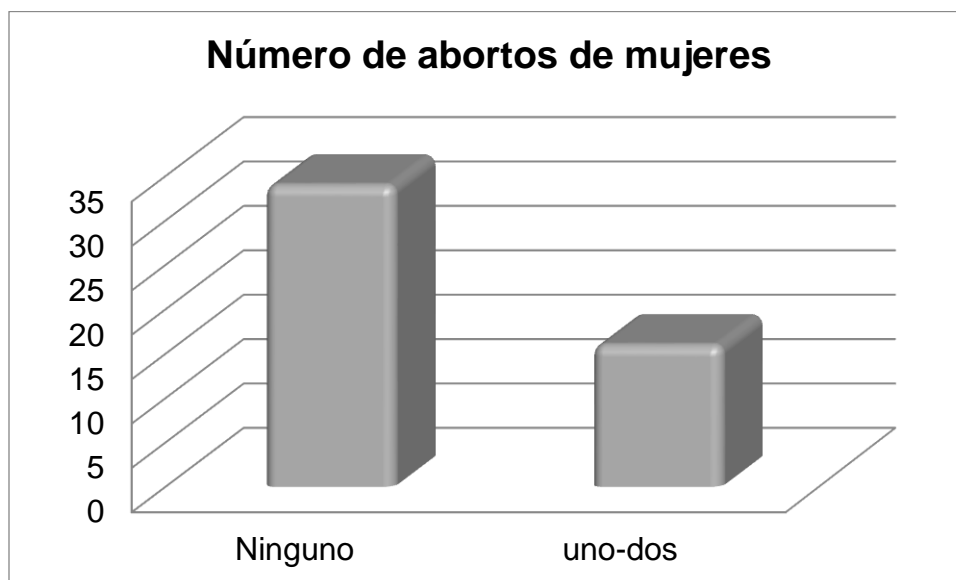
Fuente: Cuadro #7

Grafico #8: Número de partos vaginales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



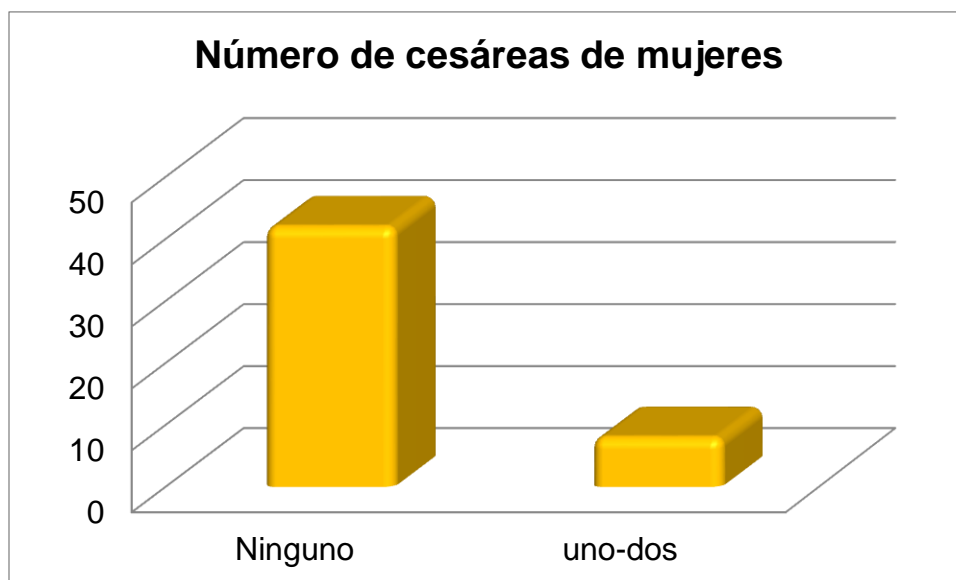
Fuente: Cuadro #8

Grafico #9: Número de abortos vaginales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



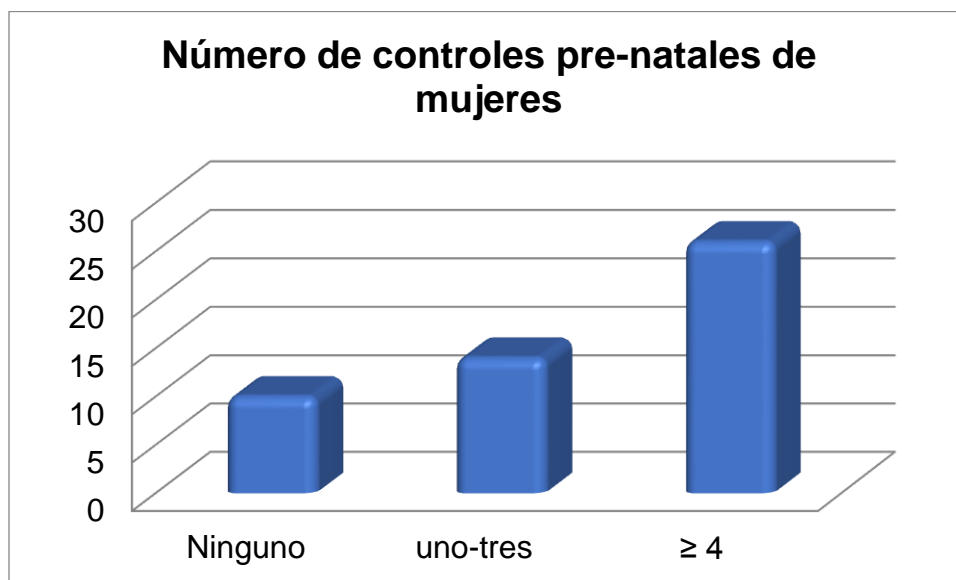
Fuente: Cuadro #9

Grafico #10: Número de cesáreas de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



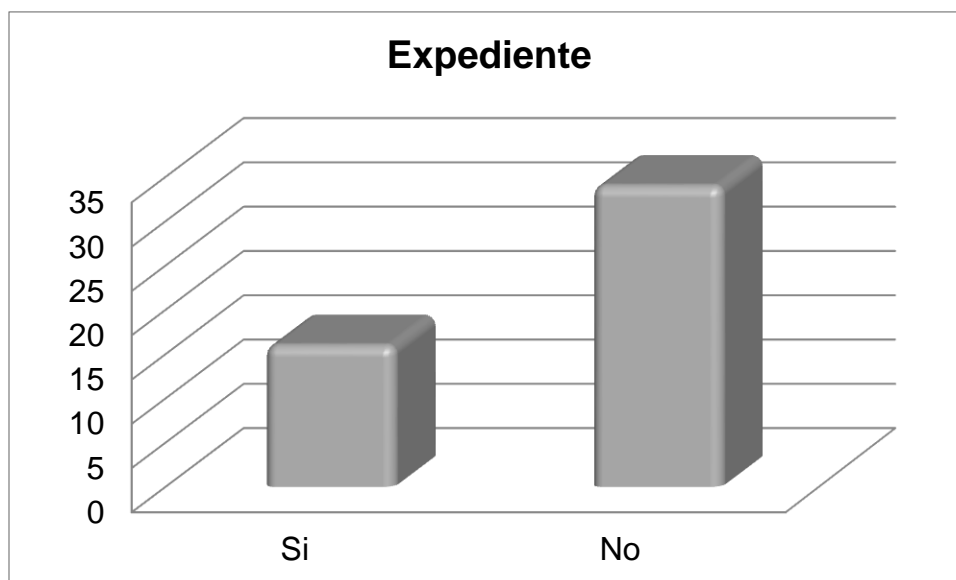
Fuente: Cuadro #10

Grafico #11: Número de controles pre-natales de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



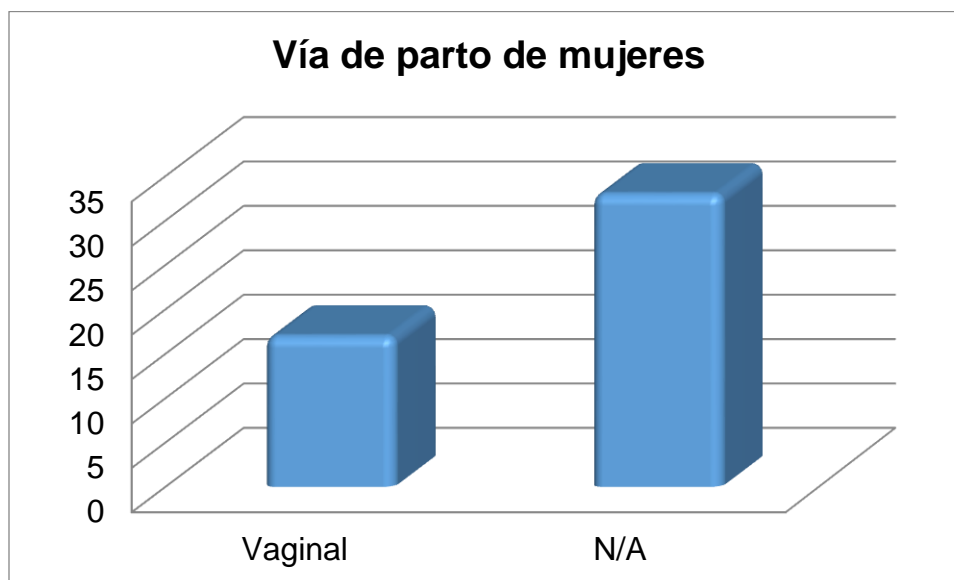
Fuente: Cuadro #11

Grafico #15: Expedientes de mujeres que cumplen con la normativa de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



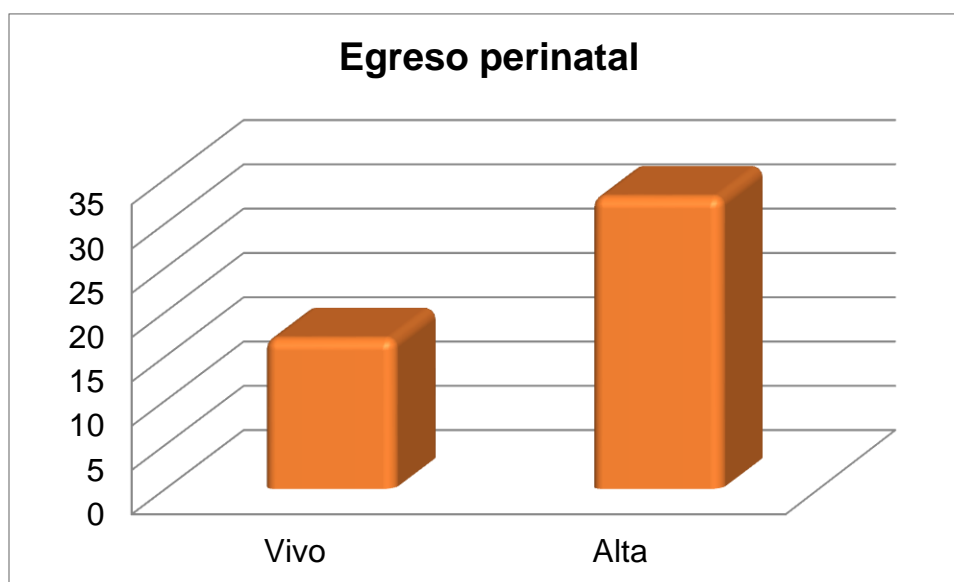
Fuente: Cuadro #15

Cuadro #16: Vía de parto en mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



Fuente: Cuadro #16

Grafico #17: Egreso perinatal de mujeres, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ingresadas en el área del Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del 2016.



Fuente: Cuadro #17

Ficha de recolección de datos

“Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016”

Ficha No. _____ Número de expediente: _____ Edad: _____

Procedencia:

☐ Urbano ☐ Rural

Escolaridad:

☐ Analfabeta ☐ Primaria
☐ Secundaria ☐ Universitaria
☐ Alfabeto

Ocupación:

☐ Ama de casa ☐ Obrera
☐ Comerciante ☐ Estudiante

Estado civil

☐ Soltera ☐ Casada
☐ Acompañada

Antecedentes patológicos personales:

☐ Diabetes mellitus ☐ Hipertensión Arterial
☐ Anemia ☐ Desnutrición
☐ Otros ☐ Ninguno

Antecedentes Obstétricos:

Gesta _____ Para _____
Aborto _____ Cesarea _____

Controles pre-natales embarazo actual

☐ Ninguno ☐ 1-2
☐ ≥3

Edad gestacional

☐ 22-27 ☐ 28-33
☐ 34-36

Contracciones uterinas

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Flujo vaginal

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Cuello uterino

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Bienestar fetal

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Presencia de IVU

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Presencia de Cervico-Vaginitis

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Indicación de Ultrasonido

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Indicación de exámenes de laboratorio

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Reposo relativo

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Ingesta abundante de agua

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Dosis de ataque de Nifedipina

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Dosis de mantenimiento de Nifedipina

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Maduración pulmonar

☐ Si ☐ No ☐ N/A ☐ Cumplió

Expediente

☐ Si ☐ No ☐ N/A

Vía de parto

☐ Parto ☐ Cesárea ☐ N/A

Egreso perinatal

☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Abandono
☐ Traslado